

INFORME DE CASO

Endometrioma en herida quirúrgica postcesárea. Presentación de una paciente

MSc. Dr. Ángel F. Gálvez Puyuelo, MSc. Dr. Rafael Abelardo Cardet Fleites, MSc. Dra. María Elena Benavides Casal

Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales", Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

El endometrioma de pared abdominal, en particular en la cicatriz de herida quirúrgica postcesárea, constituye una de las variedades de presentación de la endometriosis; aunque presenta baja incidencia es común como causa de tumores de pared abdominal y su tratamiento es quirúrgico. Se presenta un caso de una paciente de sexo femenino con una tumoración postquirúrgica a cuatro años de una cesárea que presentaba variaciones sintomáticas y aumento de volumen en relación con la menstruación. Fue sometida a manejo quirúrgico con hallazgo de endometrioma de pared abdominal y manejada con escisión total con bordes amplios con buena respuesta postquirúrgica y sin recidiva.

Palabras clave: endometrioma, pared abdominal

ABSTRACT

The endometrioma of abdominal wall, especially in the scar of surgical wound post caesarean, constitutes one of the varieties of presentation of the endometriosis; though it presents low incident, it is common as a cause of tumors of abdominal wall and the treatment is surgical. A female patient case is presented with a post surgical neoplasms to four years of a caesarean that presented symptomatic variations and increase of volume in relation with the menstruation. She was submitted to surgical managing by finding of endometrioma of wall abdominal and managed with total split by wide edges by good post surgical response and without relapse.

Key words: endometriosis, abdominal wall

La ubicación del endometrio que responda a los influjos hormonales cíclicos ováricos fuera de su ubicación normal es definida como endometriosis, que puede presentarse en diversos órganos y sitios como el pulmón, el ovario, el intestino e, incluso, dentro de las cicatrices quirúrgicas secundarias a procedimientos ginecológicos; afecta a cerca del 15% de las mujeres en edad reproductiva y, sin embargo, es el más enigmático de los trastornos ginecológicos.¹⁻⁴ Cuando el tejido endometrial se encuentra delimitado por una cápsula y su presentación es la de tumor en la pared abdominal circunscrito es definido como endometrioma de pared abdominal.³

Inicialmente la endometriosis fue descrita en dos grupos: la endometriosis interna, actualmente llamada adenomiosis y que corresponde a la presencia de tejido endometrial dentro del miometrio, y la endometriosis externa, que hace referencia a los implantes que se ubican por fuera del útero. Las características epidemiológicas, clínicas y diagnósticas difieren entre la endometriosis interna y externa.⁴ Por lo general, la externa se presenta en zonas cercanas al útero como son las trompas de Falopio, los ovarios y el peritoneo local, pero puede ubicarse en sitios distantes a él; a este complejo se le llama endometriosis extrapélvica o extragenital.

Se desconoce si la endometriosis pélvica y la extrapélvica corresponden a la misma enfermedad y, por lo tanto, si el tratamiento debe ser el mismo; en tal sentido la endometriosis extrapélvica se constituye en una enfermedad de mayor complejidad diagnóstica sin un tratamiento de probada eficacia y con muchas interrogantes sobre su origen y su comportamiento. En el presente artículo se presenta una paciente y se hace revisión de la literatura.

PRESENTACIÓN DE LA PACIENTE

Mujer de 33 años, casada, ama de casa, procedente del Municipio Araure, que asistió a la Consulta del Centro Diagnóstico Integral "Los Baraures" del Estado Portuguesa, República Bolivariana de Venezuela, por cuadro clínico de tres años de evolución, caracterizado por una masa de 3cm de diámetro en el extremo derecho de la cicatriz de la cesárea, la que se hacía más dolorosa una semana antes de la menstruación.

Antecedentes patológicos negativos, quirúrgicos: dos cesáreas, tóxicos y alérgicos negativo, monarquía a los 14 años, ciclos menstruales 5/28, última menstruación 15 días antes de la consulta, última citología dos meses atrás, normal, gesta 2 para 2 (distócicos por cesáreas dos) aborto 0; última cesárea hacía cuatro años. Al examen físico tensión arterial: 120/60mmHg, frecuencia cardíaca: 78/min., frecuencia respiratoria: 15/min. Buenas condiciones generales. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, mamas normales. Abdomen blando, depresible. Se apreció una masa móvil, de 3cm de diámetro, dolorosa a la palpación, ubicada en el extremo derecho de la cicatriz quirúrgica de incisión de Pfannestiel. Tacto vaginal: útero en anteverso-flexión de tamaño, forma y consistencia normal. No se palpan anejos. Extremidades y examen neurológico normales.



Figura 1. Endometrioma de pared

Se hizo impresión diagnóstica de endometriosis de la cicatriz de la cesárea y se programó para resección quirúrgica, en la que se extirpó una masa subcutánea de 3cm de diámetro de contenido achocolatado (figura 1) que se envió a evaluación para el Departamento de Anatomía Patológica, que informó endometriosis de cicatriz de herida quirúrgica. Evaluada dos meses después refirió desaparición de los síntomas.

COMENTARIO FINAL

El desarrollo de endometriosis, sin importar su localización, es probablemente un proceso multifactorial. Respecto a la etiología de la endometriosis se han postulado muchas teorías; que pueden ser divididas en cuatro grandes grupos:

1. Implante directo por transporte de células
2. Metaplasma celómica
3. Restos celulares embrionarios
4. Teorías inmunológicas.

En el caso de la endometriosis de la pared abdominal la teoría más aceptada es la del implante directo por transporte de células endometriales, pues en casi la totalidad de los casos se presenta en cicatrices abdominales de procedimientos gineco-obstétricos, aunque se encuentran informes en la literatura incluso posteriores a apendicectomías y plastias inguinales.⁵⁻⁷ El endometrioma de pared es un tumor benigno en el plano músculo aponeurótico, su diagnóstico prequirúrgico implica la alta sospecha clínica y usualmente se relaciona a eventos quirúrgicos ginecológicos previos (los más comunes son las cesáreas). La presentación clínica es la de tumor situado en la cicatriz quirúrgica previa o aledaño a la misma, de consistencia firme, dependiente de la pared abdominal, su síntoma cardinal es el dolor periódico relacionado con la menstruación y puede acompañarse de salida de material sero-hemático compatible con el despeño catamenial.⁸

Los estudios de gabinete que pudieran orientar o corroborar la sospecha clínica son el ultrasonido preoperatorio y la biopsia por aspiración con aguja fina. La combinación con ultrasonido Doppler puede ser muy útil y el uso de un transductor de alta frecuencia incluso necesario, porque estas lesiones son fácilmente desapercibidas con transductores comunes empleados en el abdomen.⁹

Los hallazgos macroscópicos transoperatorios son de una lesión con nódulos quísticos en su interior rodeados por fibrosis, a menudo se presentan como masas polipoides que simulan un proceso neoplásico. Microscópicamente se observa tejido glandular y estromal endometrial mezclado con áreas fibrosas densas con signos de hemorragia fresca (eritrocitos) o antigua (macrófagos con

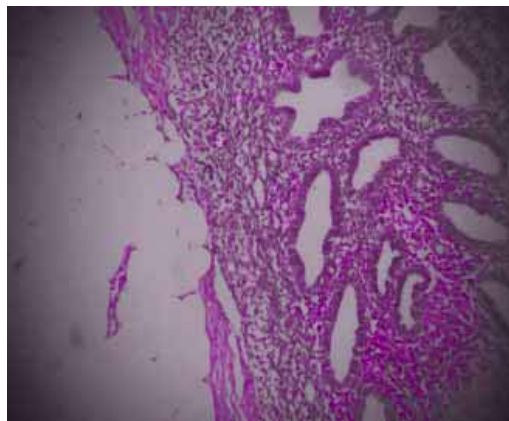


Figura 2. Imagen histológica: glándulas y estroma endometrial

hemosiderina) -figura 2-. El manejo quirúrgico consiste en la resección con bordes amplios de la lesión y, en caso de defectos aponeuróticos grandes, se valora la colocación de material protésico.⁹

La endometriosis extrapélvica es una enfermedad de difícil comprensión, que puede ocurrir de manera independiente de la endometriosis pélvica y localizarse en cualquier órgano de la economía, con un comportamiento clínico variado, lo que dificulta su diagnóstico; solo la sospecha clínica y el estudio histopatológico permiten llegar a su confirmación.

El tratamiento quirúrgico parece tener las mejores respuestas, pero en casos muy concretos, relacionados con sitios de intervenciones quirúrgicas previas y de relativo fácil acceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Motta-Ramírez GA, Corres-Castillo MA, Romo-Aguirre C. La endometriosis y su evaluación mediante tomografía multidetector. Colotomografía con correlación anatomopatológica. An Radiol Méx [Internet]. 2013 [citado 15 Mar 2015]; 12(2):116-126. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=100988&id_seccion=1303&id_ejemplar=9834&id_revista=99
2. Rodríguez Collar TL. Diagnóstico y tratamiento de la endometriosis vesical. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2011 [citado 15 Mar 2015]; 40(1):48-55. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v40n1/mil07111.pdf>
3. Lima Vilarino F, Bianco B, Melo Martins AC, Christofolini DM, Parente Barbosa C. Endometriose em cicatriz cirúrgica: uma série de 42 pacientes. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2011 [citado 15 Mar 2015]; 33(3):123-7. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n3/a04v33n3.pdf>
4. Ortiz Serrano R, Quintero Roa EM. Endometriosis extrapélvica: reporte de tres casos y revisión narrativa de la literatura. MedUNAB [Internet]. 2005 [citado 12 Abr 2014]; 8(2): 130-36. Disponible en: <http://biblat.unam.mx/es/revista/medunab/articulo/endometriosis-extrapelvica-reporte-de-tres-casos-y-revision-narrativa-de-la-literatura>
5. Rodríguez Hidalgo N. Endometriosis [Internet]. En: Rigol Ricardo O, Santiesteban Alba S, Cutié León E, Cabezas Cruz E. Obstetricia y ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. p. 161-176 [citado 26 Feb 2015]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/ginecologia_obstetricia_3raedicion/cap14.pdf
6. González Rodríguez D, Lovelle Enríquez O, Igualada Correa I. Endometriosis vesical. Medicentro Electrón [Internet]. 2013 [citado 12 Abr 2014]; 17(1):43-46. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v17n1/mdc09113.pdf>
7. Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis-a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. J Obstet Gynaecol [Internet]. 2004 [citado 12 Abr 2014]; 24(7):804-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15763794>
8. Carvalho MS, Pereira AM, Martins JA, Lopes RC. Fatores preditores de recorrência do endometrioma ovariano após tratamento laparoscópico. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2015 Feb [citado 12 Abr 2015]; 37(2):77-81. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n2/0100-7203-rbgo-37-02-00077.pdf>
9. Porto BT, Ribeiro HS, Galvão MA, Sekula VG, Aldrigui JM, Ribeiro PA. Classificação histológica e qualidade de vida em mulheres portadoras de endometriose. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2015 Feb [citado 12 Abr 2015]; 37(2):87-93. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n2/0100-7203-rbgo-37-02-00087.pdf>

Recibido: 14-9-2015

Aprobado: 18-12-2015

Ángel F. Gálvez Puyuelo. Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Avenida 26 de Julio. Reparto Escambray. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)(42)272245 angelfg@hmmg.vcl.sld.cu